

**チェックポイント**

網掛け部分は必ず記入ください

産前: 出産日を含め 42 日 (双子以上 98 日)

※ 出産日が遅れた場合は出産予定日を含めて  
42 日 (双子以上 98 日) + α (遅れた日数)

産後: 出産日の翌日から 56 日間

**出産手当金**

**出産手当金付**

産前・産後それぞれ分けて申請する

常務理事

請求者の記入欄	被保険者	記号	1110	番号	1234567	氏名	健保 直子				
	出産前・後の別	産前・産後	出産日	令和 2 年 10 月 1 日	出産予定日	令和 2 年 10 月 2 日					
	出産のため休んだ期間	令和 2 年 8 月 21 日～ 令和 2 年 10 月 1 日 42 日間									
	上記により請求いたします。 ただし、給付金の受領は下記事業主に委任します。 令和 3 年 4 月 27 日 被保険者 住所 ○○○○○○○○○○○○ 氏名 健保 直子										
退の職み者	振込口座先	銀行名	支店名			預金種別	普通・当座				
		口座番号	在職期間を含まない請求の場合のみ記入			義人名 (カナ)					
事業所名	富士通 (株)		所属	○△事業部		電話	7129-9999				

医師・助産師証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日
	生産・死産別	生産・死産 (妊娠 ヵ月)	出生児数	単胎・多胎 ( 児)
	上記のとおりであることを証明する。 令和 年 <b>医師の証明欄です</b> 医師名			

事業主の証明	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間
	上記期間中の報酬支給実績 (期間・金額)	<b>事業主の証明欄です</b>
	上記のとおりであることを証明する。 令和 年 月	退職者の場合は、退職日を記入ください。 傷病手当金との重複期間がある場合はその期間を記入必要

健保記入欄	産前産後別	産前産後	出産日 出産予定日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	出生児数	単胎 多胎 ( 児)
	生産死産別	生産死産 (妊娠)	受報酬期間	/ ~ / 日間	円	
	支給期間	法定付加	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日	日間	円	
	資格喪失日	令和 年 月 日	退職日の勤務状況	有給・休日 産休・出勤	加入期間	1年以上OK 1年未満
	<b>個人払い</b>		<input type="checkbox"/> 入力済 <input type="checkbox"/> チェック済	支給額	円	

【事業所記入欄】

担当者名

備考欄